

STAGE D'OBSERVATION EN CABINET DENTAIRE ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné (e) le Maître de stage, M/Mme (nom et prénom)

.....
Chirurgien-dentiste à

Atteste que l'étudiant (e)

Qui va effectuer son stage d'observation au sein de mon cabinet dentaire

Duau

Aura à sa disposition tous les équipements de protection individuels recommandés par l'ordre national des chirurgiens-dentistes.

Je m'engage à mettre à la disposition de mon stagiaire tous les moyens qui permettent de suivre les recommandations du Conseil de l'Ordre dans le guide soignant en période Covid.

Pour valoir ce que de droit.

A

Le

Signature du Praticien Maître de stage

Signature de l'étudiant

Signature de la Doyenne de la Faculté